

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1010.

DE LA

PSOÏTE
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Abel COURAUD

Ne à Civrac-en-Médoc (Gironde), le 4 octobre 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1010.

DE LA

PSOÏTE

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Abel COURAUD

Ne à Civrac-en-Médoc (Gironde), le 4 octobre 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	X.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BARRAL
DIDELOT.	RODET.	MOREAU
		} chargés des fonctions d'agrégés.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président; M. MORAT, Assesseur; MM. ROUX et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TRIPIER

INTRODUCTION.

Par le terme de *psoïte d'origine appendiculaire*, nous désignons toute inflammation superficielle ou profonde, suppurée ou non, développée dans le *psoas* iliaque consécutivement à une inflammation de l'appendice ou du *cœcum*.

A priori, étant donnée l'extrême fréquence de l'appendicite et la proportion plus grande des *psoïtes* droites, étant donnés aussi les rapports intimes du *psoas* et de l'appendice, il était permis de penser à une relation possible et même probable entre les inflammations de ces deux organes. Les auteurs n'en font cependant pas mention.

Dans une communication faite à la société des Sciences médicales de Lyon, le 4 juillet 1894, M. le professeur agrégé Gangolphe attirait le premier l'attention sur l'origine appendiculaire possible de la *psoïte*. Il montrait le mode d'évolution spécial que peut présenter cette affection, quand elle est consécutive à une appendicite.

Sous son inspiration, et guidé par ses conseils, nous avons essayé d'aborder, dans notre thèse inaugurale, l'étude de ce point particulier de la pathologie de la *psoïte*.

Dans cette étude, nous aurons surtout en vue la

comparaison de la psoïte d'origine appendiculaire avec la psoïte ordinaire, traumatique ou infectieuse. Après un exposé succinct de la région anatomique où se déroulent les diverses phases évolutives de la psoïte d'origine appendiculaire, nous étudierons l'anatomie pathologique de cette dernière, ses caractères cliniques avec les observations à l'appui, et son traitement.

On reprochera sans doute à ce travail déjà bien modeste de n'avoir émis, sur quelques points, que des hypothèses. Mais on nous les pardonnera, en raison de notre inexpérience, et du nombre restreint d'observations que nous possédons. Du reste, l'hypothèse n'est-elle pas le premier degré de l'induction? et (sans vouloir le moins du monde appliquer ce qui suit à la présente étude), n'est-ce pas par une induction qu'ont commencé beaucoup de découvertes scientifiques?

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans notre sujet, d'adresser ici nos remerciements et l'hommage de notre profonde reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant le cours de nos études médicales :

A MM. les médecins-majors Manquat et Ferraton, professeurs agrégés au Val-de-Grâce, nos premiers maîtres de clinique, dont nous avons eu autrefois l'honneur et la bonne fortune d'être l'interne, pendant un temps trop court, à l'hôpital militaire Desgenettes

et qui plusieurs fois ont fait preuve à notre égard d'une extrême bienveillance.

A tous nos maîtres dans les hôpitaux, dont les savantes leçons cliniques nous ont toujours si vivement intéressé.

A M. le professeur agrégé Gangolphe qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse inaugurale et qui, avec une amabilité et une patience infinies, a mis toujours largement à notre disposition pendant la rédaction de ce travail les ressources de son savoir et de son expérience.

A M. le professeur Tripier que nous tenons à remercier spécialement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A nos maîtres des Facultés de Bordeaux et de Lyon.

Enfin à nos amis, à nos camarades d'école dont la bonne amitié ne nous a jamais fait défaut pendant ces dernières années.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0064

ANATOMIE.

Rapports du cœcum et de l'appendice avec le psoas-iliaque.

La région anatomique où peut se développer la poche d'origine appendiculaire est limitée : en avant par la paroi abdominale antérieure ; en arrière par la paroi abdominale postérieure ; en dehors par l'os iliaque ; en dedans par le cœcum et par le côlon ascendant ; en haut et en bas par les insertions supérieures et inférieures du muscle psoas-iliaque à la colonne vertébrale et au petit trochanter.

Cette région est divisée par l'aponévrose lombiliaque en deux régions secondaires : l'une externe, située en arrière de l'aponévrose ; l'autre interne, en avant de cette aponévrose. Nous décrirons brièvement : 1° la région externe ; 2° l'aponévrose lombiliaque ; 3° la région interne.

La *région externe* renferme le muscle psoas-iliaque. Ce dernier est formé en réalité de deux muscles : le *psoas* qui s'insère en haut sur la douzième vertèbre dorsale et les cinq premières lombaires, traverse la région lombaire, longe le détroit supérieur du bassin, et va s'attacher au petit trochanter ; l'*iliaque*, muscle en forme d'éventail, qui s'insère en haut sur la crête

iliaque et sur toute la surface de la fosse iliaque interne, puis va se fixer au côté externe du tendon du psoas.

L'*aponévrose lombo-iliaque* ou *fascia iliaca* s'étale au-devant du psoas iliaque. « Elle s'étend en hauteur depuis l'insertion supérieure du psoas jusqu'à l'insertion trachantérienne de ce muscle. Réduite en haut, sur le psoas, aux proportions d'une simple toile celluleuse, elle s'épaissit graduellement en descendant dans le bassin et acquiert, au-devant du muscle iliaque, tous les caractères des aponévroses... Le *fascia iliaca* s'insère sur tout le pourtour du muscle psoas-iliaque; il forme ainsi, avec la colonne lombaire et la fosse iliaque interne, une loge ostéo-fibreuse, parfaitement close dans sa portion abdominale, qui s'ouvre du côté de la cuisse, au-dessus de la moitié externe de l'arcade crurale, et que Velpeau avait désignée sous le nom de *canal iliaque*. » (1).

L'aponévrose iliaque est doublée, sur ses deux faces, d'une nappe de tissu cellulo-graisseux : l'une antérieure la sépare du péritoine, l'autre postérieure la sépare du psoas.

La *région interne* renferme le cœcum et l'appendice.

Le *cœcum* est la portion du gros intestin située au-dessous de l'embouchure de l'intestin grêle. Il a la forme d'une large ampoule qui se continue en haut avec le côlon et se termine en bas par une extrémité arrondie. On sait, depuis les travaux de Trèves, que le cœcum est enveloppé de tous côtés par le péritoine.

(1) Testut. Anatomie, t. I.

Il est en rapport par sa face postérieure avec l'aponévrose iliaque qui le sépare du psoas.

L'*appendice vermiculaire* est un petit tube cylindrique de 8 à 10 millimètres de longueur sur 6 à 8 millimètres de largeur qui s'implante un peu au-dessus du sommet de l'ampoule cœcale. L'appendice est le plus souvent pourvu d'un méso-appendice qui le rattache d'une part au cœcum, d'autre part à la partie terminale du mésentère. Sur 200 sujets examinés par Ferguson (1), 67 avaient un appendice cœcal dont la situation et les rapports avec le péritoine étaient tels qu'une perforation se serait ouverte dans le *tissu cellulaire sous-péritonéal*.

Les rapports de l'appendice et du psoas varient avec la position qu'occupe le premier de ces organes. Dans sa position *ascendante*, l'appendice s'applique à la face postérieure du cœcum et du côlon ; il est alors en contact sur toute sa longueur avec l'aponévrose iliaque qui le sépare du psoas. Dans sa position *descendante*, il croise le muscle pour s'engager dans le petit bassin. Dans sa position *externe*, il se couche sur la portion du fascia iliaca qui recouvre le muscle iliaque. Dans sa position *interne*, il se porte vers les anses de l'intestin grêle et n'a que peu de rapports avec le psoas.

(1) Ferguson. The internat. Journ. of medic. Science. — Janvier 1891.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La psoïte d'origine appendiculaire comporte toujours, il va sans dire, des lésions du cœcum ou de l'appendice et des lésions du psoas. Nous rappellerons brièvement ces deux séries de lésions, nous proposant d'insister surtout sur leurs rapports réciproques.

I. LÉSIONS DU CŒCUM ET DE L'APPENDICE. LÉSIONS DU PSOAS. — Les *lésions du cœcum et de l'appendice* sont celles de toute appendicite. Retenons seulement qu'ils peuvent être perforés en un ou plusieurs points; la perforation est tantôt un orifice punctiforme difficile à découvrir, tantôt une ouverture arrondie ou linéaire, large de quelques millimètres.

La suppuration n'existe pas toujours, on le sait, dans l'appendicite, mais elle est la règle dans l'appendicite compliquée de psoïte. Cette suppuration est le plus souvent alors collectée en un ou plusieurs abcès. Ces derniers peuvent occuper dans la fosse iliaque des situations diverses, mais les abcès appendiculaires les plus propres au développement d'une psoïte sont, d'après nos observations, les abcès rétro-cœcaux qui reposent en entier sur le psoas. Ils peuvent être intra-péritonéaux ou sous-péritonéaux; dans la psoïte d'origine appendiculaire, ces abcès sont formés d'habitude aux dépens du tissu cellulaire rétro-péri-

tonéal de la fosse iliaque ; ils sont généralement très étendus et remontent quelquefois derrière le côlon ascendant jusqu'au rein et au foie.

Le contenu de ces abcès est séro-purulent ou purulent, on y trouve quelquefois des gaz et des matières fécales.

Les *lésions du psoas* sont celles de toute psoïte. Elles consistent dans une infiltration purulente partielle ou totale du muscle. Dans le premier cas, le foyer de psoïte est situé dans la partie du psoas ou de l'iliaque qui est directement en contact avec l'abcès appendiculaire. Dans le second cas, le muscle est tout entier noir et friable.

Une psoïte peut-elle exister sans suppuration ? Nous ne pouvons l'affirmer. Cependant en raison de ce que l'on observe parfois en clinique (v. Symptomatologie), il est permis de penser que la psoïte peut n'être, dans certains cas, qu'un simple retentissement inflammatoire sur le psoas d'une inflammation voisine : c'est, si l'on veut, un *premier degré* de psoïte qui précède la suppuration franche.

II. RAPPORTS DE LA PSOÏTE ET DE L'APPENDICITE. — *Appendiculo-psoïte*. — La psoïte développée consécutivement à une inflammation de l'appendice ou du cœcum peut être absolument séparée et distincte du foyer d'appendicite. Il y a appendicite d'un côté, en avant de l'aponévrose iliaque, psoïte de l'autre, en arrière d'elle. A cette variété de psoïte d'origine appendiculaire, nous donnerons le nom d'*appendiculo-psoïte*, dont les lésions sont absolument identiques

à celles de la psoïte ordinaire et qui, comme elle, comprend un *premier degré* inflammatoire qui n'implique peut-être pas la suppuration, un *deuxième degré* ou *appendiculo-psoïte suppurée*.

Psoïte appendiculaire. — Les foyers d'appendicite et de psoïte peuvent communiquer, et donner lieu ainsi à une affection mixte qui n'est ni une psoïte ni une appendicite, mais qui est à la fois l'une et l'autre. C'est, si l'on veut, une *psoïte appendiculaire*. Elle est, on le comprend, toujours suppurée. Mais elle peut offrir deux variétés suivant que son foyer est ouvert ou non à l'extérieur : quand la communication avec l'extérieur existe, on a affaire à une *psoïte appendiculaire fistuleuse* ; quand l'ouverture au dehors n'existe pas, la *psoïte appendiculaire* est *simple*.

Psoïte appendiculaire simple. — Bien qu'unis l'un à l'autre, les deux foyers d'appendicite et de psoïte peuvent être assez nettement distincts, et ne communiquer que par une ou plusieurs perforations du fascia iliaca (obs. xvii). Ils peuvent aussi être absolument confondus en un vaste foyer occupant toute la fosse iliaque et englobant tous les organes qu'elle contient (obs. xviii).

Psoïte appendiculaire fistuleuse. — Dans les deux cas observés par M. Gangolphe (obs. xiv et xv), elle a succédé à l'ouverture chirurgicale d'une psoïte appendiculaire simple. Cette variété de psoïte est une plaie opératoire devenue fistuleuse sous l'influence de la suppuration plus ou moins mélangée de matières intestinales qu'elle laisse écouler constam-

ment. Le trajet fistuleux a vraisemblablement son point de départ dans une ou plusieurs perforations du cœcum ou de l'appendice. Son orifice externe ordinairement unique est situé un peu au-dessus de l'arcade crurale non loin de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est irrégulièrement circulaire, anfractueux, de la largeur d'une pièce de 5 francs. Ce trajet, autant qu'on peut en juger par l'exploration avec le stylet ou la sonde en gomme, est quelquefois assez long (16 centimètres, obs. xv). Il est sinueux, de calibre inégal, il est probable que dans le point où il traverse l'ancien foyer de psoïte appendiculaire simple, ce trajet a une largeur beaucoup plus considérable que dans ses autres parties. Il existe là sans doute une véritable poche purulente qui fait de cette psoïte fistuleuse une véritable fistule pyo-stercorale.

ÉTUDE CLINIQUE.

Nous essaierons dans cette étude d'esquisser les caractères cliniques propres à chacune des variétés de psoïte d'origine appendiculaire que nous avons admises dans le précédent chapitre; et nous indiquerons successivement la symptomatologie, le mode d'évolution, puis le diagnostic et le pronostic de chacune d'elles.

I. — Symptomatologie.

I. — **Appendiculo-psoïte.** — *Premier degré.* — Son existence anatomo-pathologique est douteuse, avons-nous dit, mais son existence clinique nous semble indéniable, car elle repose sur la constatation d'un symptôme unique il est vrai, mais dont la valeur est considérable dans le diagnostic de toute psoïte : la flexion de la cuisse droite sur le bassin. Le premier degré d'appendiculo-psoïte se rencontre dans la forme aiguë et dans la forme subaiguë de l'appendicite. Dans les deux cas, les symptômes de la psoïte sont les mêmes; ils ne diffèrent que par le moment de leur apparition dans le tableau clinique de l'appendicite, et

par l'état général du sujet. Ils consistent dans l'attitude en flexion de la cuisse droite, quelquefois des deux cuisses sur le bassin, avec ou sans rotation en dehors, avec ou sans douleur à l'extension, avec irradiations de la douleur provoquée par cette dernière « jusqu'au rebord des fausses côtes et dans les lombes qui sont comme contusionnées » (obs. iv, ix).

Dans la *forme aiguë de l'appendicite*, la psoïte se montre toujours dès le début de la crise appendiculaire au milieu des signes d'une réaction péritonéale intense (obs. i à vi). Le malade est dans son lit, couché sur le dos; son état général paraît très grave. Le facies est grippé, les yeux sont excavés; les douleurs abdominales parfois généralisées, plus souvent localisées d'emblée à la fosse iliaque droite, sont très vives, exagérées par le moindre mouvement. Il y a des nausées, des vomissements. Le pouls est petit et rapide. La température ne dépasse pas 39°. Dans la psoïte de la forme aiguë de l'appendicité, la flexion des deux cuisses est relativement fréquente (deux observations sur six). Elle est simple : il n'y a jamais de rotation du membre ni en dedans ni en dehors, et, quand l'extension est pratiquée lentement, la douleur qu'elle provoque est peu marquée. Parfois, quelques jours après les vives douleurs du début de l'appendicite, la marche devient possible; mais elle provoque des douleurs dans la hanche et la fosse iliaque droite; la psoïte peut alors en imposer pour une coxalgie commençante (obs. v et vi).

La psoïte n'apparaît dans l'*appendicite subaiguë* qu'un certain temps après le début de celle-ci. Pendant une

première période variant de quelques jours (6 jours : obs. viii), à six mois (obs. vii), le tableau clinique est exclusivement celui de l'appendicite. Puis, assez subitement, les symptômes de cette dernière s'accroissent, l'état général s'aggrave, et la psoïte se déclare. Le malade paraît moins en danger que dans l'appendicite aiguë. Il est pâle, amaigri (obs. ix), la température, variable, peut atteindre 40° (obs. ix); mais on n'observe pas les symptômes bruyants du péritonisme. Dans toutes celles de nos observations qui se rapportent à la psoïte de l'appendicite subaiguë, la cuisse droite seule est en flexion et aussi quelquefois (obs. viii, ix, x) en rotation en dehors; la douleur à l'extension est constante. Dans certains cas (obs. viii), les mouvements d'adduction et d'abduction « sont également limités et pénibles, amenant un déplacement en masse du bassin ». On peut trouver enfin la douleur à la pression au niveau du petit trochanter (obs. viii), dont M. Gangolphe a signalé l'importance dans le diagnostic de la psoïte.

L'inflammation du psoas paraît donc, dans la forme subaiguë de l'appendicite, plus prononcée que dans la forme aiguë. Sa contracture plus apparente, ses symptômes plus nets nous rapprochent du tableau clinique de la psoïte suppurée.

Les observations sont muettes sur la *durée* de la persistance des symptômes de ce premier degré d'appendiculo-psoïte. Cela s'explique : ces symptômes sont toujours, dans ces observations, mis sur le compte de l'appendicite. En tous cas, ils paraissent durer autant qu'elle, témoin le cas rapporté par Auffray (de Brest)

à la Société de chirurgie : « Il y avait de la fièvre, de la rétraction progressive du psoas avec flexion du membre, un état général grave. L'intervention a été refusée. La malade a mis un an à se guérir, encore garde-t-elle un peu de rétraction et une grande faiblesse, phénomènes qui me laissent des doutes sur la réalité de la guérison » (1). Ces symptômes disparaissent ordinairement quand vient la guérison ; mais ils peuvent persister et la psoïte passer à la suppuration.

Deuxième degré.— APPENDICULO-PSOÏTE SUPPURÉE.— Nous pourrions reprendre, pour l'étude du deuxième degré de l'appendiculo-psoïte, les mêmes divisions que pour le premier degré. L'appendiculo-psoïte suppurée peut en effet apparaître indifféremment, elle aussi, dans la forme aiguë ou la forme subaiguë de l'appendicite. Elle peut être dans quelques cas d'emblée suppurée et exister, à titre de psoïte suppurée, dès le début de l'appendicite, mais elle doit le plus souvent succéder au premier degré.

Dans ce dernier cas il est impossible de dire combien de temps après le début de l'appendicite se produit la suppuration dans le psoas. Aucun signe clinique ne nous permet de reconnaître le moment précis où le pus commence à se former dans le muscle. Aucun changement ne se produit dans l'état général ; il est toujours grave, nous l'avons vu, dans le premier degré d'appendiculo-psoïte, il ne peut guère s'aggraver de par la suppuration.

(1) Semaine médicale, 1892, page 252.

Aucun changement non plus dans les symptômes locaux. On pourrait croire a priori qu'ils sont plus accentués que dans le premier degré; il n'en est rien, du moins nos observations ne l'indiquent pas. Quand la flexion de la cuisse existait déjà, elle persiste avec les mêmes caractères lorsque la suppuration du psoas est localisée dans la partie de ce muscle en rapport avec l'appendice (obs. x). Nous ne pouvons dire si cette flexion augmente quand la suppuration occupe une grande étendue dans le psoas; nos observations n'en disent rien. Cependant il est probable qu'elle ne subit aucune modification. Souvent en effet (obs. xi, xii), malgré l'étendue considérable vérifiée à l'autopsie du foyer purulent de psoïte, la flexion de la cuisse fait défaut. M. Gangolphe a même fait remarquer (1) que dans les cas où la cuisse est en flexion au début de la psoïte, alors que les lésions sont peu étendues, elle peut à la fin, quand les lésions envahissent la totalité du muscle, se remettre en extension. Si donc la flexion de la cuisse est, comme nous l'avons dit, un signe presque certain de psoïte, le degré de cette flexion n'a rien à voir avec le degré d'étendue des lésions du psoas.

Le début précis de la formation du pus n'est donc pas appréciable cliniquement dans la psoïte. Mais une fois la suppuration produite, il est possible de se rendre compte de son existence. On se trouve alors, en effet, en présence d'une psoïte suppurée confirmée, et les signes de cette dernière, quelle que soit son

(1) Lyon Médical, novembre 1890.

origine, sont toujours les mêmes. Nous les rappellerons brièvement pour pouvoir plus loin établir leur comparaison avec les signes de la psoïte appendiculaire proprement dite. Ce sont : l'*attitude* spéciale du membre correspondant, la *douleur* spontanée ou provoquée dans la région lombaire, la fosse iliaque ou le pli de l'aîne, la *douleur* à la pression au niveau du petit trochanter. Ces signes existent déjà, nous l'avons vu dans l'appendiculo-psoïte au premier degré et nous avons précédemment assez insisté sur eux. Mais on trouve en outre dans l'appendiculo-psoïte suppurée, une tuméfaction occupant la région du psoas-iliaque, apparaissant d'ordinaire dans la région inguino-crurale ou dans la région lombaire, dont la fluctuation est assez nette. L'important dans la psoïte d'origine appendiculaire est de distinguer ce foyer fluctuant dû à la suppuration du psoas, du foyer fluctuant appendiculaire. La distinction sera parfois difficile, car les foyers sont souvent très voisins.

La *terminaison* est variable. Si la suppuration était primitivement localisée et s'il y a eu intervention précoce, la psoïte s'arrête dans sa marche et ses signes disparaissent quelques jours après l'évacuation du pus (obs. x). Quand la suppuration occupe une grande étendue du psoas et s'il y a eu abstention opératoire ou intervention trop tardive, deux cas peuvent se présenter : une psoïte appendiculaire se produit par l'établissement d'une communication entre les deux foyers de psoïte et d'appendicité; ou bien la mort arrive : dans la psoïte suppurée consécutive à l'appendice aiguë, une dizaine de jours (obs. xv, xvi),

après le début de cette dernière; dans la psoïte consécutive à l'appendicite subaiguë, plusieurs mois après (obs. xiv).

II. — Psoïte appendiculaire. — Nous conserverons, pour l'étude clinique de la psoïte appendiculaire, la division en deux variétés (psoïte appendiculaire simple et psoïte appendiculaire fistuleuse) que nous avons admise en anatomie pathologique. Cette division n'est pas purement artificielle et faite seulement pour le besoin de la description. La deuxième variété n'est pas en effet, comme il semble, la conséquence fatale d'une intervention chirurgicale sur la première. Son développement dépend aussi et surtout de la nature et de la persistance des lésions de l'appendice et du cœcum. Si en effet ces derniers sont perforés, les substances intestinales s'écouleront constamment dans le foyer de psoïte appendiculaire simple; et si, pendant l'intervention chirurgicale sur cette dernière, la perforation appendiculaire ou cœcale n'a pas été obturée, l'écoulement des matières intestinales se fera sans cesse au dehors par la plaie opératoire; et, à la longue, amènera la création du trajet fistuleux caractéristique de la psoïte appendiculaire fistuleuse. Si la perforation appendiculaire ou cœcale n'existe pas, la plaie opératoire n'aura plus de raison de devenir fistuleuse puisque les matières intestinales ne s'écouleront plus au travers; elle se cicatrisera donc comme une plaie ordinaire. Il en sera de même si, une perforation existant, elle s'est fermée spontanément ou a été obturée pendant l'intervention sur la psoïte appendiculaire simple.

Dans ces conditions la psoïte appendiculaire fistuleuse ne se développera pas.

Ainsi, on le voit, la psoïte appendiculaire fistuleuse a sa cause originelle, sa cause vraie, dans une perforation non obturée de l'appendice ou du cœcum ; l'intervention chirurgicale pratiquée sur la psoïte appendiculaire simple n'est que sa cause occasionnelle. La distinction que nous avons établie entre les deux variétés de psoïte appendiculaire a donc bien sa raison d'être et toutes deux méritent d'être, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, étudiées à part.

1. Psoïte APPENDICULAIRE SIMPLE. — Nous manquons de données précises sur les conditions du développement de cette psoïte : les observations manquent d'indications cliniques précises à cet égard.

Mais il est permis de supposer que cette psoïte se produit dans deux circonstances bien différentes. Tantôt elle succède à l'établissement d'une communication entre deux foyers préexistants d'appendicite et de psoïte, cette communication pouvant se produire par une perforation du fascia iliaca. Tantôt elle se développe d'emblée et succède à la pénétration brusque ou progressive dans le canal iliaque, du pus de l'abcès appendiculaire.

Dans le premier cas on observe d'abord les symptômes de l'appendiculo-psoïte, puis ceux de la psoïte appendiculaire. Dans le deuxième cas, les choses se passent de la façon suivante : une appendicite aiguë ou subaiguë se déclare, on n'intervient pas ; elle dure depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines,

sans qu'on n'ait jamais remarqué le moindre symptôme de psoïte. Puis on voit celle-ci se montrer, soit peu à peu, insidieusement, soit brusquement et avec une acuité particulière des symptômes.

Si l'apparition de la douleur dans la région lombaire et de la flexion de la cuisse avec douleur à l'extension sont des signes suffisants pour marquer le début d'une psoïte, on peut affirmer que notre observation xvii se rapporte à ce deuxième cas. Si on veut bien se reporter à cette observation, on verra que pendant une première période, la maladie a présenté uniquement les allures d'une appendicite aiguë; puis l'abcès appendiculaire qui avait apparu sous forme d'une tumeur iliaque encore très circonscrite la veille, a pris graduellement une extension telle qu'il formait, le sixième jour, un empâtement diffus de tout le flanc droit. Enfin, le septième jour, l'apparition brusque de la psoïte s'est manifestée par une série de symptômes aigus : facies altéré, pouls rapide et dépressible, mise en flexion de la cuisse avec douleur à l'extension. L'autopsie vérifia qu'on avait bien affaire à une psoïte appendiculaire puisque « l'aponévrose iliaque noirâtre, crevassée et perforée en plusieurs points » permettait la communication entre les deux foyers d'appendicite et de psoïte.

Nous ne possédons pas d'observations à l'appui du premier cas que nous avons admis, mais tout porte à croire qu'il en existe, rien ne s'opposant, croyons-nous, à la production des faits qui rentrent dans ce cas.

Combien de temps après le début de l'appendicite la psoïte appendiculaire simple se produit-elle ? Seulement pour les faits concernant le deuxième cas, nous

pouvons répondre qu'elle s'est montrée chez notre malade de l'observation xvii sept jours après le début de l'appendicite aiguë. Cette évaluation est trop précise pour pouvoir être généralisée. Elle permet du moins une approximation. Il est probable que l'apparition de la psoïte appendiculaire est plus tardive dans l'appendicite subaiguë.

La psoïte appendiculaire simple existe : par quels signes cliniques pourra-t-on la reconnaître? Nous ne possédons qu'une seule observation nette (obs. xvii) de psoïte appendiculaire simple, nous ne pouvons donc répondre exactement à cette question. La malade dont parle cette observation n'a survécu qu'un jour à l'apparition de la psoïte, et les symptômes notés durant cette journée sont trop incomplets et trop peu précis pour nous permettre d'en tirer des renseignements exacts sur le tableau clinique de la psoïte appendiculaire simple à la période d'état.

Toute hypothèse, nous le savons, doit être formellement bannie d'une description clinique ; qu'on nous pardonne pourtant la suivante qui nous paraît rationnelle. Puisque les foyers d'appendicite et de psoïte communiquent, en pressant avec une main sur la tuméfaction de l'un des deux foyers, on doit pouvoir chasser le pus dans l'autre et, avec l'autre main posée à plat au niveau de ce dernier, y percevoir l'arrivée du pus. Si ce signe existe, il ne doit pas cependant avoir une grande utilité ; car les conditions trop nombreuses nécessaires à son existence sont sans doute rarement remplies. Il faut en effet que la communication entre les deux foyers ne soit ni trop large

Cette dernière condition n'est pas indispensable à la formation de la fistule, l'ouverture au dehors de la psoïte appendiculaire pouvant à la rigueur se faire spontanément. Enfin la psoïte fistuleuse peut encore, on le conçoit, prendre naissance consécutivement à une intervention sur une appendiculo-psoïte. Qu'on suppose en effet deux foyers séparés mais très voisins de psoïte et d'appendicite (ce qui doit être le cas le plus fréquent); qu'une intervention soit pratiquée sur la psoïte : si le diagnostic de la coexistence des deux lésions n'a pas été fait avant l'opération, l'incision sus-crurale fréquemment employée pour la psoïte, intéresse à peu près forcément le foyer appendiculaire en même temps que le foyer de psoïte. La communication entre les deux foyers est ainsi établie, et, s'il existe une perforation de l'appendice ou du cœcum, la psoïte fistuleuse est créée de toutes pièces.

On peut affirmer l'existence de la psoïte fistuleuse quand on a constaté : 1° un écoulement de matières intestinales par la plaie opératoire; 2° la communication du foyer de psoïte avec cette plaie.

Par l'orifice de la fistule s'écoule constamment, avec une persistance dont les lavages minutieux et répétés n'arrivent pas à triompher, un pus abondant, roussâtre, fétide, fécaloïde. Il ne renferme ni gaz, ni matières fécales. Il contient pourtant des substances intestinales puisqu'on y a trouvé dans deux cas (obs. xiv et xv) de la bile, et dans l'un d'eux (obs. xiv) de la poudre de charbon ingérée la veille par le malade.

La communication du foyer de psoïte avec le trajet fistuleux sera reconnue par la coloration roussâtre

caractéristique du pus de psoïte qui s'écoule de la plaie opératoire. Ce signe sera rendu plus net par la manœuvre suivante : en exerçant une certaine pression sur le foyer de psoïte, on verra sortir par l'orifice de la fistule un flot de pus. On devra mettre beaucoup de soin et de précision dans la recherche de ce signe ; car il arrivera quelquefois sans doute qu'on croira presser sur le foyer de psoïte et qu'on pressera en réalité sur un point profond du trajet fistuleux.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères de ce trajet, nous les avons décrits dans notre étude anatomo-pathologique.

La *durée* de la psoïte fistuleuse est toujours très longue.

Dans les trois cas dont M. Gangolphe nous a communiqué les observations, elle a toujours été de cinq (obs. xiv et xv) à six mois (obs. xvi). Pendant cette période, on voyait de temps à autre l'écoulement cesser par la fistule et le trajet s'oblitérer. Alors les accidents aigus de psoïte, qui avaient disparu peu après l'intervention, reparaissaient ; de légers accès fébriles se produisaient, la cuisse se remettait en flexion. Chez la malade (depuis longtemps albuminurique) de l'obs. xvi, l'écoulement a toujours conservé ses caractères d'abondance et de fétidité, et la *mort* est arrivée par cachexie progressive. Chez les malades des observations xiv et xv, l'écoulement est devenu sérieux au bout d'un certain temps et la plaie s'est fermée peu à peu. Ajoutons que leur *guérison* a été complète puisque l'un d'eux a pu récemment faire l'ascension du col de la Tournette.

II. — Diagnostic.

Le diagnostic d'une psoïte d'origine appendiculaire doit comporter, pour être complet, la résolution des trois questions suivantes : Etant donnée une appendicite : 1° y a-t-il psoïte ? 2° y a-t-il psoïte d'origine appendiculaire ? A quelle variété a-t-on affaire ?

1° *Y a-t-il psoïte.* — Dans quelques cas, les signes de la psoïte sont très nets et on répondra facilement à cette question. Mais dans d'autres, on aura beaucoup de peine à savoir si la psoïte existe ou si l'on est en présence d'une appendicite pure et simple. En tous cas, on s'aidera pour ce diagnostic des signes ordinaires de psoïte que nous avons rappelés dans la symptomatologie et sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

Les symptômes de psoïte une fois reconnus, on devra distinguer cette affection de toutes celles qui peuvent la simuler : névralgies crurales ou lombaires, urétéro-pyérites, abcès périnéphrétiques, coxalgie. Les signes diagnostiques sont les mêmes, bien entendu, que dans la psoïte ordinaire et nous n'insistons pas, renvoyant pour plus de détails à l'étude de celle-ci.

2° *Y a-t-il psoïte d'origine appendiculaire.* — Le diagnostic de l'origine appendiculaire d'une psoïte n'a pas un intérêt purement théorique. Le traitement spécial que réclame dans ce cas la psoïte est la meilleure preuve de l'importance de ce diagnostic. Pour distinguer une psoïte d'origine appendiculaire d'une psoïte ordinaire on pourra se servir des commémoratifs ; ce sera même le plus souvent à l'aide d'eux seuls que le

diagnostic sera posé. On pourra encore, mais moins aisément sans doute, essayer de reconnaître au moyen des signes divers indiqués à la symptomatologie la coexistence des deux foyers d'appendicite et de psoïte : ce sera une preuve à peu près certaine de l'origine appendiculaire de la psoïte.

Nous disons à peu près certaine car le cas suivant peut se présenter quelquefois. Une psoïte et une appendicite se développent en même temps sous l'influence, si l'on veut, d'une cause commune. Les deux affections coexistent alors, mais ne sont unies l'une à l'autre par aucune relation causale. Une psoïte appendiculaire pourra se produire, et elle n'aura pas, comme dans les cas en quelque sorte normaux étudiés dans la symptomatologie, elle n'aura pas pour cause unique l'appendicite ; elle viendra, elle aussi, de la cause qui a engendré à la fois la psoïte et l'appendicite. On se trouvera alors en présence d'un cas bizarre : une psoïte appendiculaire vraie d'origine non appendiculaire.

Le diagnostic originel est impossible dans un cas semblable. Mais peu importe que la psoïte vienne ou non de l'appendicite, elle n'en est pas moins une psoïte appendiculaire et on la traitera comme telle.

3° *A quelle variété a-t-on affaire ?* — Le diagnostic précoce de la variété à laquelle on a affaire, présente une importance assez considérable. Il peut, en permettant un traitement également précoce, empêcher la transformation d'une variété donnée en la suivante. Or nous verrons que la gravité du pronostic va en croissant de la première à la dernière.

En tous cas, ce diagnostic précoce au non est néces-

saire pour établir le pronostic et surtout pour qu'on puisse opposer à une variété donnée le traitement spécial qui lui convient.

On devra distinguer les variétés entre elles.

Il peut être utile de faire le diagnostic avant ou pendant l'intervention chirurgicale.

a) Avant l'intervention les éléments du diagnostic sont les signes propres à chaque variété que nous avons indiquée (v. Symptomatologie); nous n'y reviendrons pas.

b) Pendant l'intervention, l'idéal serait d'examiner, s'il était possible, la disposition exacte des deux foyers d'appendicite et de psoïte. On ferait ainsi un diagnostic anatomo-pathologique qui est le plus précis de tous les diagnostics. Mais nous verrons au traitement que les recherches de ce genre sont dangereuses et doivent être soigneusement évitées.

Si l'existence simultanée de la psoïte et de l'appendicite a été reconnue certaine avant l'intervention, on pourra, pendant cette dernière, trouver dans les *caractères du pus*, des signes précieux pour le diagnostic de la variété à laquelle on a affaire. Suivant le cas, on rencontrera en effet dans le foyer, soit uniquement du pus roussâtre de psoïte (appendiculo-psoïte suppurée, psoïte appendiculaire sans perforation de l'appendice), soit à la fois du pus de psoïte et des matières fécales (psoïte appendiculaire avec perforation de l'appendice). Ces distinctions sont un peu théoriques, car les caractères du pus ne se présenteront pas toujours avec une grande netteté, nous ne faisons que les signaler.

Nous devons insister sur le diagnostic de la psoïte

appendiculaire à cause de son importance particulière.

La psoïte appendiculaire fistuleuse peut être confondue avec : 1° une fistule consécutive à des lésions osseuses ; 2° une fistule consécutive à une appendicite simple. Dans le premier cas il sera facile de s'assurer de l'absence totale de lésions ostéopathiques. Dans les deux cas, le malade n'aura, en aucune période de sa maladie, présenté de signes de psoïte : flexion du membre, etc. ; 3° la coexistence d'une appendiculo-psoïte et d'une fistule appendiculaire simple pourrait encore faire croire à une psoïte appendiculaire fistuleuse. Mais dans ce dernier cas, la pression sur le foyer de psoïte déterminera l'issue d'un flot de pus par l'orifice fistuleux. Dans le premier cas, cette manœuvre ne donnera aucun résultat.

Nous ne nous le dissimulons pas, les différents signes que nous avons indiqués dans la psoïte d'origine appendiculaire et ses variétés seront parfois très difficiles à percevoir en clinique. Mais alors même que leur valeur serait purement théorique (et nous ne le pensons pas) on ne pourrait, croyons-nous, nous faire un reproche de les avoir signalés.

III. — Pronostic.

Une psoïte n'est pas nécessairement plus grave qu'une autre par le seul fait de son origine appendiculaire. Son pronostic, dans ce dernier cas, dépend de la variété à laquelle on a affaire.

I. — Appendiculo-Psoïte. — Premier degré. —

Nous l'avons vu, la guérison de l'appendiculo-psoïte au premier degré est, dans la majorité des cas, solidaire de celle de l'appendicite. Et, comme en notre temps d'interventions chirurgicales précoces, l'appendicite est devenue une maladie bénigne, on peut dire que le premier degré de l'appendiculo-psoïte offre un pronostic bénin. Cependant, on aura toujours en vue sa transformation possible en l'une des trois autres variétés.

Deuxième degré. — APPENDICULO-PSOÏTE SUPPURÉE. —

Elle a la gravité de toute psoïte suppurée ; son pronostic s'assombrit encore, si l'on songe à la possibilité de son changement en une psoïte appendiculaire.

II. — Psoïte appendiculaire. — 1. PSOÏTE APPEN-

DICULAIRE SIMPLE. — S'il n'existe pas de perforation appendiculaire ou cœcale, le pronostic sera le même que celui de l'appendiculo-psoïte suppurée. Si cette perforation existe, l'intervention chirurgicale, toujours nécessaire dans cette psoïte, amènera à peu près fatalement une psoïte fistuleuse.

2. PSOÏTE APPENDICULAIRE FISTULEUSE. — C'est la plus grave. La longueur et l'abondance de la suppuration peuvent mettre en danger les jours du malade. S'il est affaibli par un état diathésique antérieur, la terminaison par la mort est à peu près certaine.

N'oublions pas cependant que la guérison peut se produire dans toutes les variétés. Les malades des observations xiv et xv sont aujourd'hui en parfaite

santé et, chez chacun d'eux, le membre inférieur droit a recouvré entièrement ses fonctions.

En somme, on le voit, dans la psoïte d'origine appendiculaire, le pronostic va en s'aggravant de la première variété à la dernière; mais il n'est jamais, dans aucune, absolument fatal.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

(Clarke et Smith, *Lancet*, 1890.)

Femme de 22 ans. Habituellement santé excellente. Elle a une attaque très grave. Douleur accompagnée de coliques abdominales diffuses. Nausées. Diarrhée légère. Yeux excavés, expression anxieuse. *Les genoux sont pliés et le moindre mouvement provoque de la douleur.* Le ventre est ballonné et très douloureux; pouls 108; température 38°,6. Convalescence très lente.

On pratique la résection de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION II.

(Nordman-Bridge, *Med. News*, 1890.)

Dame ayant eu, quelques mois auparavant, une crise fébrile avec douleur abdominale, surtout à droite, se rétablit et fut, au bout de quelques semaines, reprise de douleurs abdominales avec vomissements et constipation. Pas de tuméfaction; température 37°,7 à 38°,3. *Les cuisses restaient fléchies.* La douleur persista des semaines. Les efforts pour s'asseoir étaient très douloureux. L'appendice est réséqué. La convalescence fut excellente, et tous les symptômes disparurent.

OBSERVATION III.

(Rendu. *Bull. med.*, 28 juin 1893.)

Il s'agit d'un homme jeune, âgé de 23 ans, entré le 19 décembre pour des accidents intestinaux. Ce n'était pas la première fois qu'il les éprouvait. Trois mois auparavant, il avait été soigné pour des douleurs abdominales vives accompagnées de vomissements. Un vésicatoire eut raison de ces phénomènes en huit jours.

Tout à coup, sans prodromes, le 16 décembre, il se réveilla en proie à une douleur si abominable, dans la fosse iliaque droite, qu'il eut une sorte de syncope. Simultanément, survinrent des nausées, des vomissements bilieux et de la constipation. Dès le premier jour, la maladie prenait donc une apparence sérieuse, et cependant il existait à peine de fièvre. Naturellement, il fut obligé de garder le lit, car l'intensité de la douleur était telle que le plus léger mouvement la rendait intolérable. Le mal s'aggravant, on le transporta à l'hôpital.

Le malade avait l'air d'un péritonique. Son facies altéré, légèrement grippé, exprimait la souffrance. Ce qui prédominait surtout, c'était la douleur de la fosse iliaque droite. Elle était contusive avec des élancements intermittents ; modérée au repos, elle s'exagérait par le toucher, les mouvements. En rapport avec cette douleur, *le malade avait en outre une attitude toute particulière de la jambe droite. Elle était pliée. Dès qu'on essayait de l'étendre, la douleur devenait plus aiguë.* Or, cette flexion instinctive n'est autre qu'une contraction réflexe du psoas, produite par l'inflammation du voisinage.

L'abdomen était peu tendu, mais on le palpait difficilement à cause du spasme musculaire. Dans la fosse iliaque droite, malgré tout, on pouvait sentir comme une tumeur marronnée, parallèle à l'arcade crurale, dure, mate à la percussion et très douloureuse.

OBSERVATION IV. Résumée.

(Blatin. — Th. Paris 1868)

M. X... Antérieurement, choléra. En juin 1867, malaises.

Dans la nuit du 2 au 3 mai 1868, brusquement et d'emblée, une douleur violente se fait sentir dans la fosse iliaque droite. Le malade est sur le dos et ne peut faire aucun mouvement ; la face est altérée, grippée. Les muscles abdominaux sont vigoureusement contracturés *La cuisse droite est demi-fléchie sur le tronc, et ne saurait être étendue sans d'intolérables souffrances.* La douleur s'irradie jusqu'au rebord des fausses côtes, et s'étend jusque dans les lombes, qui sont comme contusionnées, et qui rendent ainsi la station horizontale, la seule possible, extrêmement fatigante.

Des nausées reviennent toutes les vingt ou trente minutes ; pas de vomissements. Pouls fréquent et petit. Constipation opiniâtre.

Cet état dure une huitaine de jours. Le 10, un lavement à l'huile de ricin amène un grand soulagement ; selles, matières fétides noirâtres. Les jours suivants, amélioration. Le malade se lève pour la première fois le 25, mais *entièrement courbé sur le côté droit et dans l'impossibilité de se redresser.*

A cette époque, l'on peut facilement percevoir, dans la fosse iliaque droite, le cœcum fortement induré et donnant la sensation d'un cylindre dur et mobile. Le contact seul du cœcum est douloureux.

OBSERVATION V.

(Challiol. Th. Lyon, 1894.)

M^{lle} C., âgée de 12 ans, envoyée à M. Poncet le 27 février 1894 par le Dr Favette de Sain-Bel, pour une douleur dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant d'une légère claudication *qui avait pu faire soupçonner une coxalgie.*

Fillette d'aspect malingre qui, en décembre 1893, fut prise d'une vive douleur dans le ventre à point de départ dans la fosse iliaque. Cette douleur diminua notablement les jours suivants, mais continua à pouvoir être provoquée par la pression et s'accompagna d'une légère boiterie. Depuis lors, l'enfant a maigri, son état général a décliné, elle se plaint de constipation opiniâtre, de céphalées; enfin, à deux reprises, elle a éprouvé une douleur analogue à la première dans le ventre, du même côté.

M. Poncet diagnostique une appendicite à répétition et propose une intervention qu'il pratiqua le 10 mars 1894. Résection de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION VI. Résumée.

(Kirmisson. Société de chirurgie. 20 décembre 1893.)

Fillette de 14 ans, pour laquelle le diagnostic de *coxalgie* avait été tout d'abord discuté à cause de l'existence de quelques phénomènes douloureux du côté de la hanche.

Plus tard un examen sous le chloroforme fit reconnaître que la fosse iliaque droite était le siège d'une tuméfaction volumineuse.

Une incision latérale donna issue à une grande quantité de pus fétide et laissa voir une petite perforation du cœcum près de l'appendice.

OBSERVATION VII. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Henriette V..., 42 ans, dévideuse.

Antécédents personnels. — Sujette aux bronchites : jamais d'hémoptysies.

Maladie actuelle. — Il y a six mois, au commencement de mars, pendant la menstruation, la malade prit froid. Il y eut

des frissons, ballonnements de ventre : elle garda le lit 25 jours. Pas d'appétit; fréquemment vomissements alimentaires ou bilieux. Constipation opiniâtre. La santé revient peu à peu, mais jamais entièrement.

Au mois de juin dernier, un médecin constata l'existence d'une petite tumeur dans le flanc droit. Traitement : teinture d'iode et vésicatoire. En même temps, œdème de la jambe droite et constipation légère. La malade *marchait en boitant, un peu courbée et la jambe droite fléchie.*

Vers le 5 ou 6 août dernier, les douleurs abdominales et la tumeur du flanc droit augmentèrent subitement. La malade dut s'aliter à partir de ce moment.

État actuel. 26 août 1890. — La malade dit avoir beaucoup maigri depuis le début de la maladie. Le teint est pâle. Température : 37°8.

La malade se tient dans son lit, couchée sur le dos, la cuisse droite fléchie sur le bassin, l'extension est possible au prix d'une légère souffrance dans tout le côté droit de l'abdomen. Pas d'œdème du membre inférieur droit.

A la palpation, on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'un empâtement profond. Il a la forme d'un boudin de la grosseur du poignet, dont la direction est parallèle à la crête iliaque. Il est très douloureux à la pression. Fluctuation seulement en un point très limité, un peu au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

27 août. Incision classique de l'appendicite et issue d'un grand verre de pus. Le lendemain, température 37°6.

26 septembre. La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION VIII. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Marie R..., 21 ans, couturière.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Chloro-anémie à 17 ans.

Maladie actuelle : Le 1^{er} juillet, dans la soirée, la malade ressentit au niveau du pli de l'aîne une douleur extrêmement vive que le moindre mouvement exagérait. Depuis ce moment, elle a gardé le lit. L'état général était assez bon, l'appétit conservé.

Etat actuel (6 juillet 1893). La malade est dans son lit dans le décubitus dorsal. *La cuisse droite est en flexion et en rotation en dehors*, la jambe est fléchie sur la cuisse. Douleur spontanée au niveau de l'aîne, exagérée par la pression. En outre, point douloureux à la pression, au niveau de la partie interne de la cuisse, au-dessous des adducteurs. Le moindre mouvement communiqué à la hanche est extrêmement douloureux.

Pas de tumeur, pas d'empatement de la fosse iliaque droite.

9 juillet. La malade est couchée sur le côté gauche, *la cuisse droite reste en demi-flexion*. L'extension, impossible hier, est aujourd'hui relativement facile. La flexion plus libre hier que l'extension est aujourd'hui très limitée et douloureuse. Adduction et abduction également limitées et pénibles, amenant un déplacement en masse du bassin.

A la palpation, douleur intense mais très limitée dans la fosse iliaque droite. La recherche de la fluctuation ne donne pas de résultats nets, l'exploration étant très gênée par les défenses de la malade.

Opération classique d'appendicite suivie de guérison complète au bout d'un mois.

OBSERVATION IX. Résumée.

(Benoit. Th. de Paris, 1891.)

Del... Emile, 18 ans, 14 août 1890.

Garçon pâle, peu vigoureux. Il est pris depuis longtemps de douleur dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant au début de constipation qui a cédé à l'emploi des purgatifs. C'est

la persistance des phénomènes douloureux joints à des accidents fébriles qui font entrer le malade à l'hôpital.

A l'examen, *la cuisse est fléchie et en rotation en dehors, les tentatives d'extension déterminent une grande douleur à la région ilio-lombaire*; la fosse iliaque est remplie d'une tumeur dure, arrondie, sans résistance ni fluctuation. Le petit malade était alors pâle, amaigri; la température oscillait entre 39° et 40°. Au bout de quinze jours de cet état grave, diarrhée abondante accompagnée d'évacuation de pus; amélioration. La température tombe presque à la normale; la cuisse reprend son attitude; quinze jours après le malade sort et se remet à son travail.

Les douleurs persistèrent sans grande acuité jusqu'en août 1890; à cette époque, elles devinrent assez vives pour nécessiter son admission à l'hôpital où M. Tuffier constata dans la fosse iliaque une volumineuse tumeur remontant de l'arcade de Fallope à la région des lombes, dure, non fluctuante, *la cuisse est légèrement fléchie et en rotation en dehors*. Les purgatifs administrés ne déterminèrent aucune amélioration. Température autour de 39°. On pratique une incision verticale de 10 centimètres dans la région iliaque et dans la direction de la ligne classique de la ligature de l'iliaque primitive. On tombe sur une poche contenant un demi-litre de pus. Cette cavité remonte jusqu'au dessous du rein; en dedans on voit la paroi cœcale noirâtre.

OBSERVATION X. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

P. Georges, 59 ans, cultivateur.

Une atteinte d'appendicite en janvier 1894. Traitement : sangsues et purgatifs. Le jeudi 30 octobre, apparition de nouvelles douleurs dans la partie droite de l'abdomen. Deux purgations à la magnésie restent sans effet. Constipation pendant

huit jours ; pas de vomissements. Il y a huit jours, application de sangsues et de glace. Sensation de cuisson dans les membres inférieurs.

État actuel (21 octobre 1894). — Le malade est pâle et affaibli. Température 38°4. On sent dans la fosse iliaque droite une masse indurée, en plastron, dépassant en dedans la ligne médiane, et en haut la ligne des épines iliaques supérieures.

La cuisse droite est en demi-flexion sur l'abdomen et dans un léger degré de rotation en dehors. Le malade ne peut l'étendre sans douleur.

7 novembre. — Opération classique de l'appendicite. On constate un peu de *psottis*, un peu de pus dans le muscle au niveau de l'appendice. Morceau de matières fécales durcies, de la grosseur et de la forme d'une lentille à la partie inférieure de l'appendice. Pansement iodoformé.

Les jours suivants, le malade va bien, mais la cuisse reste en demi-flexion et conserve un léger degré de rotation en dehors. Les mouvements très doux sont impossibles.

9 novembre. — Les mouvements et l'extension sont possibles.

OBSERVATION XI. Résumée.

(Leudet. *Archives génér. de méd.*, 1859, t. XIV.)

Ch... Marie, 59 ans, entre le 17 novembre 1856, à l'Hôtel-Dieu de Rouen. L'affaiblissement de la malade nous permet seulement d'apprendre qu'elle était malade depuis deux mois, ayant presque constamment gardé le lit depuis cette époque. Son affection avait subi une aggravation considérable depuis quelques jours. Le ventre était peu météorisé, sensible à la moindre pression ; diarrhée, selles involontaires, lèvres fuligineuses. Les forces de la malade s'épuisent graduellement. Elle succombe dans le coma à 2 heures du soir.

Autopsie. — On trouve dans l'abdomen : épanchement dans la cavité du péritoine de 2 litres environ de sérosité purulente.

La fosse iliaque droite est le siège d'une collection purulente sous-aponévrotique. *L'appendice ilio-cæcal était perforé*, et des matières intestinales s'écoulaient d'une part dans la cavité de l'abcès, de l'autre dans la grande cavité du péritoine. L'abcès était compris entre l'aponévrose iliaque épaissie et noirâtre et la fosse iliaque. *Le muscle psoas iliaque droit baignait dans une sanie d'un gris-jaunâtre, il était mou et fragile.* En bas l'abcès descendait sur le rebord du petit bassin mais ne se propageait pas dans son intérieur; à la limite supérieure de la collection purulente était le rebord de la fosse iliaque. *L'appendice iléo cæcal*, appliqué contre la fosse iliaque, *était ulcéré et perforé vers le milieu de sa hauteur; sa cavité n'était pas dilatée et ne contenait aucun corps étranger.*

OBSERVATION XII. Résumée.

(Lemariey. *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 1319.)

Léon R..., 20 ans, mécanicien.

Le 20 septembre en venant de son travail, le malade éprouva une douleur extrêmement violente dans le ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Un purgatif donna quelques selles.

Le mercredi 27 septembre, il entre à l'hôpital. Les yeux sont cernés et excavés, le nez légèrement pincé, les traits tirés, le visage a une expression douloureuse. Langue sale, bouche mauvaise, soif vive, anorexie absolue. Température 39°5.

Le ventre est ballonné et douloureux. Au niveau du cæcum, la palpation est intolérable. En outre la pression est douloureuse sur le trajet du canal inguinal droit, elle ne l'est pas sur le trajet du canal inguinal gauche. Dans la fosse iliaque droite, la paroi de l'abdomen est tendue et ne permet pas une exploration profonde; on y sent de l'empatement et de la tuméfaction, mais pas de tumeur nettement limitée.

Le 30 septembre, la paroi abdominale très tuméfiée est largement incisée au thermocautère. Cette paroi est infiltrée dans toute son épaisseur, il ne s'écoule aucun liquide. La nuit et les jours qui suivent, l'état général périclité encore davantage. Le malade succombe le 4 octobre.

Autopsie. La paroi abdominale est le siège d'une infiltration purulente, surtout marquée dans la région hypogastrique et vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans la fosse iliaque droite, le doigt déchire les adhérences péritonéales qui confondent en une seule masse le cœcum, son appendice et l'origine du colon. En soulevant le cœcum, on découvre dans la fosse iliaque un foyer gangréneux et putrilagineux qui ne contient pas de pus et qui remonte derrière le colon ascendant presque jusqu'au foie. *Les muscles de la fosse iliaque sont ramollis. L'appendice remonte derrière le cœcum auquel il est accolé. Il est gangrené dans toute son étendue, sauf à son extrémité libre qui est relativement moins altérée. Il n'est pas perforé et communiqué librement avec le cœcum. Ce dernier organe, beaucoup moins altéré que l'appendice, est congestionné.*

OBSERVATION XIII. Résumée.

(Burne. *Gazette médicale de Paris*, 1838.)

Mary H..., 19 ans, bonne constitution. Depuis quatre jours, douleurs intenses dans la région inguinale droite. A son entrée (cinquième jour), grande douleur dans la région cœcale, s'étendant en haut vers l'hypocondre du même côté, vomissements de matières bilieuses. Pouls fréquent et petit. Peau chaude et sèche, soif vive. La malade reste couchée en supination, s'inclinant sur le côté droit, *les jambes fléchies vers le ventre*; le moindre mouvement lui fait jeter les hauts cris et aggrave sa position. Sangsues, calomel, opium, lavements d'huile de ricin.

Le lendemain (septième jour) la douleur persiste. Langue

comme glacée au bout. Dents un peu fuligineuses. Pouls 112. Saignée, calomel, opium. Gonflement et dureté de la région iliaque.

Le dixième jour les traits s'affaissent, la figure devient exsangue, fluctuation obscure d'abord, puis manifeste dans la tumeur iliaque. Incision de deux pouces dans la région ilio-lombaire, un peu au-dessus de l'épine iliaque. On arrive jusqu'au péritoine et l'on perce le foyer purulent. Ecoulement de matière liquide excessivement fétide. Mort le lendemain.

Autopsie. — Les viscères abdominaux sont sains, mais exsangues. La partie inférieure de l'épiploon du côté droit adhère au péritoine du cœcum. En détachant cette portion de l'épiploon, on découvre une cavité pleine de matière obscure, excessivement fétide, de consistance et de couleur variables, contenant des portions durcies de matières fécales. Le foyer est formé dans le péritoine des régions iliaques droite et lombaire, cotoyé par l'épiploon, le péritoine, le cœcum, le côlon et le lobe droit du foie. Le péritoine qui forme la paroi postérieure du foyer a été poussé en haut. En le coupant on trouve derrière lui tout le tissu cellulo-grasieux des lombes dans un état gangreneux. La gangrène s'étend jusque derrière les reins, le cœcum et le côlon ascendant.

La portion externe du grand psoas et la plus grande partie du muscle iliaque externe sont aussi gangrenées.

Le côlon et le cœcum sont sains, mais *l'extrémité borgne de l'appendice vermiforme est gangrenée.* La portion restante de cet appendice plonge dans le foyer de l'abcès ; elle est beante. Le foyer contient de la matière stercorale fluide et jaune.

OBSERVATION XIV. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

R..., homme de 35 ans environ, ayant déjà souffert antérieurement de poussées d'appendicite.

Le 10 septembre 1888, apparition d'une douleur vive dans

le flanc droit; en même temps frissons, quelques nausées. Les douleurs abdominales et l'état général vont en s'aggravant. Le 15 septembre *la cuisse droite se met en flexion marquée.*

Le malade est vu le 20 septembre par M. Gangolphe. Il lui est présenté comme atteint de pérityphlite. État général très mauvais : frissons, nausées, pas de vomissements ni de ballonnement du ventre. *Cuisse droite fléchie, extension très douloureuse.* Douleur spontanée dans le flanc droit. Tuméfaction au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale ; fluctuation évidente dans la fosse iliaque droite. Tuméfaction et douleur à la pression très marquées en arrière de la cuisse, au niveau du petit trochanter.

L'intervention est décidée pour le 21 septembre. Le malade très affaibli, prend une syncope au moment de l'anesthésie. Anesthésie superficielle à l'éther. Une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle à l'arcade, donne issue à un flot de pus fétide, roussâtre. Le doigt permettait de reconnaître la destruction presque complète du psoas, jusqu'à l'os. Le doigt plongé sous l'arcade de haut en bas servant de guide, une incision verticale de 6 centimètres est pratiquée sur la face antérieure de la cuisse parallèlement aux vaisseaux et en dehors de l'artère. Par cette dernière incision, une sonde cannelée est introduite, et on la fait saillir en arrière du côté du petit trochanter : incision de 4 à 5 centimètres suivant la cannelure. Deux gros drains en canon de fusil sont placés dans l'incision sus-crurale ; deux drains de moindre volume traversent la cuisse de part en part. Lavage à l'eau bouillie. Pansement iodoformé.

Amélioration progressive après l'intervention. Pendant la première semaine, pansement tous les jours. Par la plaie, sécrétion très abondante, un peu rosée, toujours fétide. A partir de la deuxième semaine, pansement tous les deux jours.

Vers le milieu de novembre l'amélioration était considérable. Le malade mangeait mieux. Cependant, suppuration toujours abondante, d'aspect séreux. Le malade se plaignant

de troubles gastriques, poudre de charbon est administrée : on la re-trouve le lendemain dans le pansement, ce qui donne l'explication de la persistance du trajet fistuleux qui n'avait jamais laissé écouler ni gaz, ni matières.

A la fin de novembre, les drains de l'incision sus-crurale sont enlevés. A deux ou trois reprises, dilatation digitale ou avec le dilatateur-gouttière de L. Tripier.

L'écoulement devient ensuite moins abondant, séreux. En mars 1889, la suppuration s'était tarie, la fistule oblitérée.

Actuellement, la guérison est complète, et le membre inférieur droit a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

OBSERVATION XV. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

S..., homme de 30 ans.

Plusieurs poussées d'appendicite en mai, puis en juin 1893. Chaque fois, guérison par le traitement médical : pointes de feu, purgatifs légers.

Le 10 octobre, apparition d'une douleur vive dans la fosse iliaque, empâtement au niveau du cœcum, ballonnement du ventre, état général grave. Le 12 octobre, le malade entre à l'hôpital, salle Saint-Pothin.

A ce moment, légère flexion de la cuisse droite, tuméfaction profonde sans fluctuation ni œdème dans la fosse iliaque. Douleur vive à ce niveau, et dans la région sous-inguinale, douleur à la pression au petit trochanter.

Intervention le 20 octobre. — Une incision est pratiquée au-dessus de l'arcade, parallèlement à elle, une autre verticalement sur la face antérieure de la cuisse en dehors de l'artère, une troisième en arrière au niveau du petit trochanter. Issue d'une grande quantité de pus. Le psoas est le siège d'une infiltration purulente assez étendue. Drainage comme dans obs. XIV.

Amélioration survient après l'intervention. Suppuration abondante, roussâtre, ne renfermant ni gaz, ni matières fécales. La cuisse, au bout d'un mois, se met en extension, on diminue le calibre des drains, mais, par suite de la rétention, les accidents aigus reparaissent : douleur, cuisse en flexion légère, légers accès fébriles. De temps à autre, dilatation de l'orifice fistuleux avec les doigts ou avec le dilatateur-gouttière de L. Tripier. En introduisant le doigt dans le trajet, on voit que ses parois sont lisses ; il est sinueux, a une longueur de 16 cent. Lavages à l'eau bouillie. Quelques injections au baume du Pérou.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1894. Ecoulement purulent toujours abondant, renfermant de la bile, d'une fétidité considérable ne disparaissant pas malgré les lavages. Dilatation permanente avec tiges de laminaire perforées.

Le trajet se ferme peu à peu. Le malade sort guéri à la fin d'avril.

Actuellement, les fonctions du membre inférieur droit sont intactes ; pas de claudication.

OBSERVATION XVI. Inédite.

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Psoïte suppurée et albuminurie.

Thérèse P..., 47 ans, lingère.

Antécédents personnels : Depuis 1870, constipation presque continuelle, quelquefois très opiniâtre : la malade est restée souvent trois semaines ou un mois sans aller à la selle.

Il y a six ans, la malade fit un premier séjour d'un mois à l'hôpital. Elle fut traitée pour constipation, œdème des extrémités et polyurie. Elle en sortit complètement guérie.

Second séjour deux ans plus tard pour la même affection.

Enfin troisième séjour, d'une semaine seulement, l'an dernier, pour douleurs épigastriques.

Maladie actuelle. Il y a trois semaines environ, elle porta pendant un trajet assez long une sacoche très lourde. Elle se sentit brisée en arrivant à destination. Trois ou quatre heures plus tard elle fut obligée de s'aliter.

Dans la nuit, douleurs assez vives à la partie externe de la cuisse droite. Le lendemain la cuisse était fléchie sur le bassin, et l'extension très douloureuse. Depuis cette époque, la marche est impossible.

L'état reste stationnaire depuis une quinzaine; douleurs assez vives dans la cuisse droite, de temps en temps, et quelquefois dans la région lombaire.

Etat actuel (5 août 1890). *La malade se tient dans son lit couchée sur le côté droit; la cuisse droite est fléchie sur le bassin et repose sur le lit par sa face externe. Une flexion plus prononcée ne provoque aucune douleur, elle amène plutôt un certain soulagement; l'extension détermine une douleur très vive au pli inguinal. Quand la malade se met dans le décubitus dorsal, le membre inférieur se place dans une légère abduction.*

L'abdomen est volumineux, douloureux surtout à droite. La palpation permet de sentir au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à elle, une tumeur dure, allongée, douloureuse, dont la fluctuation est difficilement perçue. La pression sur le petit trochanter n'est pas douloureuse.

Au cœur pas de souffle, mais quelques irrégularités.

Urines : disque d'albumine d'environ 1 centimètre.

9 août. — Incision de 8 à 10 centimètres sur la tumeur parallèlement à l'arcade de Fallope. Il s'écoule près d'un litre d'un pus jaunâtre, grumeleux, d'odeur fade et nauséuse. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre dans une poche purulente manifestement formée aux dépens du psoas iliaque.

Pendant les six mois qui suivent l'opération, suppuration très abondante et excessivement fétide, sans gaz ni matières par la plaie opératoire. Cachexie progressive. L'état très

grave de la malade ne permet pas d'intervention sérieuse. Mort au bout de six mois.

Autopsie. — Destruction du psoas dans toute sa partie supérieure. Appendice perforé.

OBSERVATION XVII. Résumée.

(Grisolle. *Archives générales de Médecine*, 1893, t. IV.)

Modiste, 22 ans. Bonne santé habituelle. Enceinte pour la première fois ; pendant les derniers mois de la grossesse, constipation opiniâtre qui dura 10 ou 15 jours avec un peu d'inappétence. Accouchement le 14 août, naturel et sans accident.

La santé resta bonne jusqu'au 15 dans la soirée, où, sans causes connues, apparurent des frissons suivis de chaleur. Pouls 136, fort, assez large. Ventre indolent, sauf dans la fosse iliaque droite où la malade accuse une vive sensibilité, la douleur est telle qu'on ne peut pas bien explorer la région ; toutefois on sent profondément une résistance diffuse peu considérable. Pas de selles depuis 4 jours. Langue humide, bouche amère, soif vive, nausées, et, dans la nuit, quelques vomissements jaunes amers. 26 sangsues sur le point douloureux.

Le 17, ventre un peu météorisé, sensibilité de la région cœcale beaucoup moindre. On y circonscrit une tumeur mate, non bosselée, un peu élastique. Une selle liquide verdâtre. Pouls 124.

Le 19, frissons irréguliers. La tumeur iliaque a le volume du poing et forme relief à travers la paroi abdominale. Quoique tendue elle présente une fluctuation obscure. Deux selles fétides, jaunâtres, nausées, quelques hoquets. Pouls 120. Facies grippé

Le 20, la tumeur n'est plus circonscrite. Empâtement diffus dans tout le flanc. Douleur dans la région lombaire droite qui

n'est le siège d'aucune tuméfaction. Deux selles liquides sans pus.

Le 21, faciès profondément altéré. Pouls 124, dépressible, irrégulier. *Décubitus sur le côté droit, la cuisse très légèrement fléchie; si on essaie de l'étendre complètement, la malade crie.* Même empatement qu'hier.

Le 22, douleur dans tout le côté droit du ventre, surtout dans la fosse iliaque et dans la région lombaire correspondante; pression douloureuse en ces deux points.

Autopsie. La paroi abdominale antérieure, au niveau de la fosse iliaque droite adhère aux parties sous-jacentes. En voulant la détacher, on met à nu un foyer pouvant contenir une petite orange, dont les autres parois sont formées par le cœcum, l'épiploon et par quelques anses d'intestin grêle. Dans le foyer, mélange de pus, de matière brune ayant odeur gangréneuse; matières fécales indurées. Ce foyer est contenu dans la cavité péritonéale.

Au bas de la paroi interne, on découvre l'*appendice béant, noir, friable, en partie gangrené.* Vers la paroi externe et un peu en arrière, existe une ouverture pouvant admettre l'extrémité du pouce, irrégulière dans son contour, d'où l'on pénètre dans un nouveau foyer qui contient les mêmes matières que le premier, qui a décollé le cœcum, le côlon ascendant et remonté presque jusqu'au rein qui n'est pas altéré.

L'aponévrose iliaque est noirâtre, crevassée et perforée en plusieurs points. *Les muscles iliaque et carré des lombes sont noirâtres*: leurs fibres, pour la plupart ramollies et réduites en bouillie, exhalent une odeur fétide.

OBSERVATION XVIII. Résumée.

(Leudet. *Archives générales de Médecine*, t. XIV.)

Charles B..., 51 ans, praticien, entre le 26 avril 1856, dans ma division. Bonne santé habituelle.

Début de la maladie actuelle il y a cinq semaines. A cette

époque, B..., commença à éprouver des douleurs dans tout l'abdomen, se propageant rapidement à la partie supérieure de la cuisse droite qui commença à s'œdématiser 10 jours avant l'entrée à l'hôpital. Dans cette période prodromique, plusieurs vomissements.

État actuel (26 avril 1856). — Teint cachectique de la peau, œdème de tout le membre inférieur droit. Dans le tiers supérieur et antérieur de la cuisse droite, tumeur assez bien limitée, demi-molle, profondément fluctuante. Gargouillement par la pression sur cette tumeur. La palpation de la fosse iliaque interne droite, y fait reconnaître l'existence d'une tumeur qui fait peu de saillie sous la peau. En pressant sur la tumeur de la fosse iliaque, la main chasse le liquide que l'on sent se déplacer et passer dans la partie supérieure de la cuisse.

Pas d'appétit, pas de diarrhée, soif vive, pas de frissons, adynamie considérable.

Le 27, incision à la partie supérieure de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux. Elle donne issue à des gaz d'une odeur fétide. Il s'écoule environ trois quarts de litre d'un liquide à odeur très fétide, d'un jaune grisâtre. Le doigt introduit dans la plaie reconnaît une large cavité purulente occupant la partie supérieure de la cuisse droite; il pénètre sous l'arcade de Fallope jusque dans la fosse iliaque interne.

Depuis le 28 avril jusqu'au 5 mai, l'état du malade s'aggrave journellement. La plaie livre passage à du pus grisâtre, fétide, dans lequel on ne distingue pas de matières intestinales.

Le 5 mai, il se produit sur la plaie un écoulement sanguin peu abondant qui se termine par la mort.

Autopsie dix-huit heures après la mort. Pas d'épanchement dans la grande cavité du péritoine; pas trace de péritonite. Le cœcum adhère très intimement ainsi que le colon ascendant à la fosse iliaque interne qui est le siège d'une suppuration étendue. *L'extrémité libre de l'appendice iléo-cæcal, complètement perforé et replié sur lui-même, plonge dans la vaste*

collection purulente. L'abcès de la fosse iliaque interne est circonscrit en avant entre la cavité osseuse et le gros intestin. *La suppuration décollait le muscle psoas-iliaque altéré, et sortait du bassin pour se continuer jusqu'au niveau de la tête du fémur saine.*

OBSERVATION XIX. Résumée.

(Leudet. *Archives générales de Médecine*, 1859, t. XIV.)

Isidore D..., 57 ans.

A la suite d'accidents cholériformes durant depuis un mois, le malade commença, le 20 octobre, sans aucun début brusque, à se plaindre de quelques douleurs obtuses dans le membre inférieur droit et dans le ventre. Le météorisme et la tension des parois abdominales ne permettent pas d'explorer la fosse iliaque. Le 5 novembre, les douleurs dans la fosse iliaque droite et la partie supérieure de la cuisse droite avaient augmenté; elles gênaient même les mouvements de la jambe droite, *maintenue habituellement en demi-flexion*. Une tumeur profonde, dure et sensible occupait la fosse iliaque interne; aucun empâtement à la partie supérieure de la cuisse. Cette tumeur demeura manifeste jusqu'au début de décembre. L'état général du sujet était meilleur. A cette époque, la tumeur devint moins manifeste, la cuisse s'œdématisa. Mort le 18 janvier.

Autopsie. Pas d'inflammation du péritoine. La fosse iliaque interne était le siège d'un vaste abcès sous-aponévrotique qui avait détruit en partie le muscle psoas iliaque. Cette collection purulente communiquait avec la fosse iliaque externe par une perforation de l'os coxal. *L'appendice iléo-cœcal appliqué contre la fosse iliaque interne était perforé vers le milieu de sa hauteur.* Une autre ulcération située un peu au-dessous de l'origine cœcale de l'appendice, faisait communiquer l'intestin avec la cavité de l'abcès.

TRAITEMENT.

Le traitement de la psoïte d'origine appendiculaire est *préventif* ou *curatif*.

I. — **Traitement préventif.** — Le traitement préventif s'adresse exclusivement au premier degré de l'appendiculo-psoïte. La guérison dans ce cas étant à peu près exclusivement solidaire de celle de l'appendicite, aucune intervention spéciale n'est nécessaire. Le traitement est purement et simplement celui de l'appendicite. Nous rappellerons que l'incision de cette dernière, incision rendue classique par Roux (de Lausanne) est la suivante : « Incision de 15 à 18 centimètres, parallèle au ligament de Fallope, à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de cette épine (1). » Pendant l'intervention contre une appendicite dans laquelle on aura diagnostiqué une appendiculo-psoïte au premier degré, on ne devra pas chercher à constater l'état du psoas. La constatation n'aurait aucune utilité pratique, puisque d'après ce que nous avons dit plus haut, aucune indication opératoire spéciale n'en découle, et elle aurait l'inconvénient de prolonger la durée de l'intervention.

(1) Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, t. VI.

II. — **Traitement curatif.** — C'est le seul qui convienne aux trois dernières variétés de psoïte appendiculaire. Nous envisagerons les indications opératoires dans chacune d'elles.

Appendiculo-psoïte suppurée. — Son traitement est celui de toute psoïte suppurée. L'intervention chirurgicale consistera donc toujours soit simplement en des *incisions des parties molles*, soit en la combinaison de ces incisions avec une *trépanation du bassin*.

Les *incisions* susceptibles d'être, dans la psoïte, pratiquées *dans les parties molles* sont les suivantes :

« 1° Une incision de 7 à 8 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, parallèle à elle : incision sus-crurale ; 2° une contre-ouverture en arrière vers le tiers postérieur de la crête iliaque et au-dessus d'elle ; 3° une incision parallèle à l'artère fémorale, pratiquée immédiatement en dehors de ce vaisseau ; 4° une contre-ouverture au niveau du petit trochanter à la partie postérieure de la cuisse (1) ».

Quant à la *trépanation du bassin*, elle sera pratiquée suivant le mode opératoire de M. Gangolphe et de M. Condamin en un point de la fosse iliaque externe indiqué par ces auteurs comme correspondant au point le plus déclive du canal iliaque et « situé sur le milieu d'une ligne réunissant les deux épines antéro-supérieure et postéro-supérieure (2) ».

Les *indications* de chacune de ces deux sortes d'opérations sont encore les mêmes dans l'appendiculo-

(1) Gangolphe. Lyon médical. Novembre 1890.

(2) Condamin. Thèse de Lyon. 1888.

psöite suppurée que dans la psöite suppurée ordinaire. Nous n'en parlerons pas, renvoyant pour plus amples renseignements à l'étude de cette dernière. Disons seulement que les incisions des parties molles suffiront dans la majorité des cas. On leur adjoindra la trépanation du bassin « dans les cas récents où la tension de la poche est excessive et le processus inflammatoire intense, et les cas anciens où la suppuration tend à s'éterniser ».

PSÖITE APPENDICULAIRE SIMPLE. — Pas plus dans cette psöite que dans celle dont nous venons de parler, on ne peut compter sur la résorption du pus. On devra donc ouvrir le foyer en choisissant le point le plus nettement tendu et fluctuant.

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, c'est immédiatement au-dessus de l'arcade crurale dans le voisinage de l'épine antéro-supérieure que l'incision permettra d'atteindre la collection. On incisera prudemment l'aponévrose du grand oblique, puis les fibres inférieures des muscles transverse et petit oblique; généralement les fibres apparaissent œdémateuses, grisâtres, comme empâtées. La sonde cannelée les dissociera ainsi que le fascia transversalis et le tissu cellulaire sous-péritonéal; ces derniers ne sont du reste plus reconnaissables dans les cas avancés. Finalement, en dirigeant ses recherches plus profondément, et du côté de la fosse iliaque externe, la sonde cannelée fera jaillir le pus. Lorsque ce dernier existe en grande quantité, la tension peut être telle qu'il fait irruption brusquement; dans d'autres cas il s'écoule en bavant.

Aussitôt, on glisse dans la cannelure l'extrémité du dilatateur-gouttière de Léon Tripier dont on se sert pour agrandir *profondément* l'incision et lui donner la même étendue qu'à la surface.

Un lavage rapide à l'eau bouillie ou boriquée froide est fait, mais sans tension, sans injection forte, de manière à ne pas augmenter les désordres. Pour les mêmes raisons, une exploration prudente du foyer avec le doigt est seule permise : les tissus se déchirent, saignent facilement et l'on pourrait, en agissant différemment, déterminer des hémorragies plus ou moins graves. L'écoulement de sang est peu abondant ; une ligature est ordinairement nécessaire pour une petite artériole située dans l'épaisseur du transverse et à la partie externe de la plaie. Deux drains *en canons de fusil* seront placés aussi profondément que possible, accompagnés quelquefois d'une mèche de gaze iodée. Pas de sutures à moins d'une très grande étendue d'incision des parties molles. Un pansement que l'on renouvellera suivant l'abondance des sécrétions est ensuite appliqué.

Dans les cas où la lésion du psoas s'étend d'un bout à l'autre de la gaine, on drainera suivant les points indiqués plus haut.

Il semble qu'il serait indiqué ensuite d'aller constater l'état de l'appendice ou du cœcum. Réséquer ce dernier préviendrait sans doute la fistulation. Mais la psoïte fistuleuse est une complication de bien peu d'importance à côté d'une autre extrêmement redoutable et que le chirurgien devra éviter à tout prix : la péritonite généralisée. Or, les manœuvres sur l'appendice

ou le cœcum, en rompant les adhérences péritonéales qui constituent la paroi de l'abcès appendiculaire, entraîneraient presque fatalement la péritonite.

Il faut donc se garder de ces manœuvres.

Le but que l'on chercherait ainsi à atteindre nous paraît habituellement au-dessus de l'intervention. En outre, les faits que nous publions démontrent la guérison possible ultérieurement à l'aide de soins plus simples.

PSOÏTE APPENDICULAIRE FISTULEUSE. — Il semblerait indiqué, dans cette variété de psoïte, de tenter, par une intervention radicale hâtive, l'oblitération de la perforation intestinale cause de la persistance du trajet fistuleux. Ce traitement aurait l'avantage de débarrasser de suite le malade d'une affection longue et pénible. Mais la laparotomie qui serait, pensons-nous, la seule intervention chirurgicale rationnelle dans ce cas, est une opération grave, et on ne devrait la pratiquer qu'après avoir, sans succès, essayé tous les autres traitements capables d'amener la guérison.

On aura recours en premier lieu à un *traitement palliatif*. C'est la conduite qu'a tenue M. Gangolphe dans les deux cas que nous rapportons (obs. xiv et xv). Ce traitement a consisté dans une sorte de temporisation active : maintenir une dilatation permanente de l'orifice externe de la fistule (orifice constitué par l'ouverture en partie cicatrisée de l'incision sus-crurale préalablement faite) au moyen de drains de tiges de laminaire perforées. Les parois rigides de ces dernières ont sur les parois en caoutchouc des drains ordinaires,

l'avantage de ne pas se laisser déprimer quand elles sont pincées par les tissus. De plus, en se gonflant, grâce à leur imbibition par les liquides de la fistule, ces parois se dilatent : elles élargissent ainsi la lumière toujours béante du tube et celle du trajet fistuleux. L'écoulement facile du pus est donc toujours assuré.

A cette sorte de drainage actif en quelque sorte, M. Gangolphe joignait de temps à autre, après anesthésie à l'éther, une dilatation plus large et plus efficace, soit avec les doigts, soit avec le dilatateur gouttière de L. Tripier. Il prescrivait, en outre, les antiseptiques intestinaux et une alimentation légère : lait, légumes. Un lavement administré tous les jours entretenait la liberté du ventre et empêchait la stase des matières dans l'intestin, prévenant ainsi leur tendance à s'écouler dans le foyer purulent par la perforation probable de l'appendice ou du cœcum.

Nous avons vu (v. Symptomatologie) que les résultats de ce traitement furent des plus satisfaisants puisque l'oblitération du trajet fistuleux et la guérison parfaite ont été obtenues.

Si, avec le traitement palliatif que nous venons de décrire, on n'observait après plusieurs mois aucune amélioration, si l'écoulement pyo-stercoral par l'orifice fistuleux restait aussi abondant et conservait ses caractères du début, une *intervention plus radicale* devrait être tentée.

En quoi consisterait cette intervention ? La plus rationnelle serait évidemment la résection de l'appendice ou une enterorrhaphie sur le cœcum.

Nous ne pouvons formuler ici que des indications

théoriques. Devrait-on suivre le trajet fistuleux et chercher par cette voie à oblitérer la fistule ? Mais le trajet est souvent sinueux, profond de 15 à 16 centimètres, resserré entre la fosse iliaque en dehors, les vaisseaux en dedans ; on ne peut, par des incisions libératrices, l'agrandir suffisamment. Nous repoussons une intervention faite ici à l'aveugle. Mieux vaut ouvrir franchement le péritoine.

Nous conseillerions de bourrer au préalable le trajet à l'aide de gaze iodoformée. Ainsi obturé, les chances d'infection résultant du voisinage de l'orifice avec l'incision péritonéale seraient moindres. En outre le *bourrelet* résistant, remplissant le trajet à la manière d'une *injection solidifiée*, serait un point de repère précieux pour les manœuvres intra-abdominales. Celles-ci devraient consister essentiellement dans l'*oblitération*, par résection de l'appendice ou enterorrhaphie, de l'orifice intestinal.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de telles opérations. Aussi ne peut-on les conseiller qu'en dernière analyse, et après échec de la dilatation permanente conseillée plus haut.

CONCLUSIONS.

I. Toutes les formes suppurées d'appendicite peuvent, à un certain moment de leur évolution, se compliquer d'une psoïte ; ce qu'expliquent les rapports intimes de l'appendice et du cœcum avec le psoas iliaque.

II. L'origine appendiculaire possible de la psoïte est démontrée par les faits cliniques et les faits anatomo-pathologiques dont nous donnons la relation.

III. Nous admettons l'existence de deux variétés principales de psoïte d'origine appendiculaire, suivant que les symptômes d'appendicite dominant et voilent plus ou moins ceux de psoïte, ou inversement. Nous proposons pour la première variété la désignation d'*appendiculo-psoïte*, pour la deuxième la désignation de *psoïte-appendiculaire* ; chacune de ces variétés principales en comprend deux secondaires.

IV. Chacune de ces quatre variétés, bien que nettement distincte des autres par ses caractères anatomo-pathologiques et cliniques, peut, par le seul fait de son évolution, se transformer en celle qui la suit ; de telle sorte qu'une variété donnée est l'aboutissant toujours possible mais non nécessaire de celle qui la précède. Ces quatre variétés représentent ainsi les diverses

phases évolutives possibles mais non nécessaires d'une même maladie, la psoïte d'origine appendiculaire.

V. Toute psoïte d'origine appendiculaire se distingue d'une psoïte ordinaire, traumatique ou infectieuse, par un certain nombre de caractères anatomo-pathologiques et cliniques : les uns communs aux quatre variétés que nous avons étudiées, les autres propres à chacune d'elles.

VI. Pour toutes les variétés de psoïte d'origine appendiculaire, sauf pour la première, le traitement est celui de la psoïte suppurée ordinaire, avec quelques détails opératoires complémentaires dont les indications sont spéciales à chaque variété.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

TRIPPIER.

Permis d'imprimer

Lyon, le 15 décembre 1894.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

